

### DECLARACION (AFFIDAVIT)

**Uso del formulario:** El completar este formulario es necesario para autorizar al Departamento a proveer a una persona adoptada con información acerca de la identidad de padre/ madre biológico y su localización.

**Instrucciones:** Envíe la declaración original firmada al: Department of Health and Family Services  
Division of Children and Family Services  
Adoption Records Search Program  
P.O. Box 8916  
Madison, WI 53708-8916

**Nota: Se debe usar una declaración por separada para cada padre e hijo(a).**

#### Sección I Hijo(a)

Nombre – Hijo(a) (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
---	-----------------------------------	--

#### Sección II Padre/Madre

Relación con el hijo(a) nombrado arriba: <input type="checkbox"/> Madre biológica <input type="checkbox"/> Padre biológico <input type="checkbox"/> Padre nombrado por la ley		
Nombre (Actual – Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre). Imprima o escriba a máquina	Nombre (Apellido de Soltera) – Si se aplica	
Dirección (Actual – Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	Teléfono (casa)	Teléfono (trabajo)

Marque el encuadro de la declaración más apropiada abajo:

- Mis derechos de padre/madre del niño(a) nombrado arriba fueron terminados en el estado de Wisconsin  
Tribunal Superior del Condado \_\_\_\_\_ (Condado)  
(Fecha – mes/día/año) \_\_\_\_\_
- Yo consentí a la adopción del niño nombrado arriba en el estado de Wisconsin  
Tribunal Superior del Condado \_\_\_\_\_ (Condado)  
(Fecha – mes/día/año) \_\_\_\_\_
- Yo no estoy seguro(a) del procedimiento legal, pero tomó lugar en el condado de \_\_\_\_\_ en Wisconsin  
en el \_\_\_\_\_ (Condado)  
(Fecha – mes/día/año) \_\_\_\_\_

#### Sección III Datos de Nacimiento (El completar es opcional)

Nombre de Agencia de Adopción (si lo sabe)			
El nacimiento tomó lugar en			
Estado	Condado	Ciudad	Hospital
Nombre de la Madre (al nacer el niño)	Fecha de Nacimiento	Nombre del Padre (al nacer el niño)	Fecha de Nacimiento

Sí  No ¿Estaban casados los padres cuando nació el niño?

Yo autorizo al *Department of Health and Family Services* a proveer al niño nombrado arriba con la información especificada en s. 48.433(2), Wis. Stats. \*  
\*Cualquier padre/madre cuyos derechos han sido revocados en este estado en cualquier tiempo, o quien ha consentido a la adopción de su hijo(a) en este estado antes del primero de febrero del 1982, puede presentar con el Departamento una declaración que autoriza que el Departamento provea al niño con su acta de nacimiento original y con cualquier otra información disponible acerca de la identidad y localización de sus padres biológicos. Una declaración presentada debajo de esta subsección puede ser revocada en cualquier momento por medio de una notificación escrita al Departamento.

\_\_\_\_\_  
FIRMA – Padre o Madre

**(If acknowledging Officer has seal / stamp it must be used here.)**

Subscribed and sworn to before me this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ (mm/yyyy)

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE – Notary Public

My commission expires: \_\_\_\_\_